

Fatores de riscos e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar

Risk factors and causes related to newborn prematurity in a hospital institution

Factores de riesgo y causas relacionadas con la prematuridad del recién nacido en una institución hospitalaria

Recebido: 19/07/2021 | Revisado: 23/07/2021 | Aceito: 26/07/2021 | Publicado: 02/08/2021

Natana Pereira da Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2000-1292>
Universidade de Cruz Alta, Brasil
E-mail: nathannap@hotmail.com

Claudeli Mistura

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4445-7825>
Universidade do Vale do Taquari, Brasil
E-mail: claumistura@gmail.com

Danielle Valim Pereira Leivas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5148-404X>
Universidade de Cruz Alta, Brasil
E-mail: danivalimpereira@hotmail.com

Tatiele Melo da Veiga

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9323-7706>
Universidade de Cruz Alta, Brasil
E-mail: tatiele.melo@hotmail.com

Eliane Tatsch Neves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1559-9533>
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
E-mail: eliane.neves@ufsm.br

Leonardo Dorneles Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9087-3125>
Universidade Federal do Pampa, Brasil
E-mail: leonardodornelespereira@gmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores de risco e as causas para a prematuridade em recém-nascidos (RNs) em uma instituição hospitalar. **Métodos:** Estudo documental, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado em uma instituição hospitalar do interior do estado do Rio Grande do Sul. A população foi composta por 58 RNs prematuros, que tinham os registros completos na instituição. A busca pelos RNs prematuros foi realizada no livro de nascimentos do Centro Obstétrico da instituição e os dados foram coletados nos prontuários clínicos dos RNs e de suas mães. Para tabulação e organização dados, utilizou-se o *software Microsoft Excel 2013* e a análise estatística, o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21. **Resultados:** Os resultados obtidos na pesquisa sobre os possíveis fatores de risco relacionados a prematuridade de RNs foram: idade materna, história obstétrica, genéticos e fisiológicos, estilo de vida e número de consultas no pré-natal. E as causas evidenciadas foram: aparelho genital feminino, alterações placentárias e síndromes hipertensivas. Também, presentes no estudo dados sobre os dois tipos de partos prematuros: espontâneo e eletivo. **Conclusão:** é imprescindível o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco e as causas que propiciam a gestante a ter um parto prematuro durante o seu acompanhamento no pré-natal por meio da realização das consultas no período gravídico. Dessa forma, os resultados encontrados nesta pesquisa se tornam relevantes na formação acadêmica e no desenvolvimento técnico-científico para a atuação profissional, o que pode fornecer subsídios para otimizar o planejamento das políticas de saúde voltadas a este público específico.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; Neonatologia; Fatores de risco; Causalidade; Enfermagem.

Abstract

Objective: To identify risk factors and causes for prematurity in newborns (NBs) in a hospital institution. **Method:** Documentary, descriptive study with a quantitative approach, carried out in a hospital in the interior of the state of Rio Grande do Sul. The population consisted of 58 premature NBs, who had complete records at the institution. The search for premature NBs was carried out in the birth book of the institution's Obstetric Center and data were collected from the clinical records of the NBs and their mothers. For data tabulation and organization, we used the Microsoft

Excel 2013 software and statistical analysis, the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 21 software. Results: The results obtained in the research on possible risk factors related to prematurity in NBs were: maternal age, obstetric, genetic and physiological history, lifestyle and number of prenatal consultations. And the causes evidenced were: female genital tract, placental changes and hypertensive syndromes. Also, data on the two types of preterm births: spontaneous and elective are present in the study. Conclusion: it is essential to have knowledge of health professionals about the risk factors and the causes that allow the pregnant woman to have a premature birth during her prenatal monitoring through consultations during the pregnancy period. Thus, the results found in this research become relevant in academic training and technical-scientific development for professional practice, which can provide subsidies to optimize the planning of health policies aimed at this specific audience.

Keywords: Infant premature; Neonatology; Risk factors; Causality; Nursing.

Resumen

Objetivo: Identificar factores de riesgo y causas de prematuridad en recién nacidos (RN) en una institución hospitalaria. Método: Estudio descriptivo, documental, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital del interior del estado de Rio Grande do Sul. La población estuvo conformada por 58 RN prematuros, quienes tenían registros completos en la institución. La búsqueda de RN prematuros se realizó en el libro de nacimiento del Centro de Obstetricia de la institución y se recogieron datos de las historias clínicas de los RN y sus madres. Para la tabulación y organización de los datos, utilizamos el software y análisis estadístico Microsoft Excel 2013, el software Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 21. Resultados: Los resultados obtenidos en la investigación sobre posibles factores de riesgo relacionados con la prematuridad en RN fueron: edad materna, antecedentes obstétricos, genéticos y fisiológicos, estilo de vida y número de consultas prenatales. Y las causas evidenciadas fueron: aparato genital femenino, cambios placentarios y síndromes hipertensivos. Además, los datos sobre los dos tipos de partos prematuros: espontáneos y electivos están presentes en el estudio. Conclusión: es fundamental que los profesionales de la salud conozcan los factores de riesgo y las causas que permiten a las embarazadas tener un parto prematuro durante su seguimiento prenatal mediante consultas durante el período de gestación. Así, los resultados encontrados en esta investigación cobran relevancia en la formación académica y el desarrollo técnico-científico para la práctica profesional, que puede brindar subsidios para optimizar la planificación de políticas de salud dirigidas a este público específico.

Palabras clave: Recién nacido prematuro; Neonatología; Factores de riesgo; Causalidad; Enfermería.

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) define que cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuramente em nível mundial e o número de partos prematuros tem aumentado nos últimos anos. Sendo que as complicações do parto prematuro são a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos. Os RN prematuros são aqueles classificados de acordo com a idade gestacional (IG) menor que 37 semanas (36 semanas e 6 dias) (Hockenberry & Wilson, 2014). No Brasil, conforme dados do DataSus, em 2019, foram registrados mais de 315 mil nascimentos de prematuros (Brasil, 2019). As situações que desencadeiam o trabalho de parto prematuro (TPP) podem estar associadas a vários fatores, entre eles: epidemiológicos, obstétricos e ginecológicos, além dos fatores clínico-cirúrgicos, como as doenças maternas, infecções geniturinárias e procedimentos cirúrgicos na gravidez (Roos, et al., 2015 & Liang, et al., 2015).

Destaca-se que neste estudo utilizou como fatores de risco os que são mencionados pelo Ministério da Saúde, com ênfase à história obstétrica, sendo: parto prematuro prévio; história materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, idade materna menor que 15 anos ou maior que 40 anos; gestação múltipla, ausência de controle pré-natal (Brasil, 2012). E também, os fatores de risco descritos por Potter & Perry (2013), podendo ser classificados nas seguintes categorias inter-relacionadas: fatores genéticos e fisiológicos que envolvem o funcionamento físico, a hereditariedade ou/e a predisposição genética a uma doença; a idade que afeta a suscetibilidade da pessoa a determinadas doenças, o ambiente onde vivem e as condições desta área (ar, água e solo); e o estilo de vida que incluem os hábitos e práticas com efeitos negativos, desenvolvendo assim os fatores de risco.

E foram consideradas como causas ao nascimento prematuro, as que são abordadas pelos autores Ramos & Cuman (2009), as quais sejam: as causas relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Também, como causas as síndromes hipertensivas da gravidez

(Oliveira, et al., 2006). Quanto ao tipo de parto prematuro, este é classificado de duas maneiras: espontâneo e eletivo. O parto espontâneo caracteriza-se pela ruptura prematura de membranas e parto eletivo é aquele que ocorre por indicação médica, consequência de intercorrências maternas e/ou fetais (Rades; Bittar & Zugaib, 2004). Portanto, para o preenchimento do instrumento de coleta dos dados, a pesquisadora embasou-se, cientificamente, nestas referências.

A relevância social da pesquisa repousa no conhecimento que se deve ter frente ao trabalho de parto prematuro, o qual apresenta fisiologia heterogênea e que também pode ter diferentes etiologias. Entretanto, a prevenção de partos prematuros busca reduzir as causas epidemiológicas, bem como identificar precocemente as gestantes mais propensas, permitindo escolher a melhor forma de intervenção para evitá-lo (Lamont, 2015).

Destaca-se ainda, a importância do estudo sobre a prematuridade em RN pelo elevado número de nascimentos prematuros no estado do Rio Grande do Sul, que evidenciou no ano de 2013, 16.401 (11,6%) partos prematuros e desses, 129 (14,8%) aconteceram no município cenário da pesquisa. O número de óbitos por decorrência da totalidade do número de nascimentos prematuros no estado foi de 894 (60,2%) e no *lôcus* do estudo, 11 (73,3%) RN (Rio Grande do Sul, 2015).

Diante do exposto, elencou-se como questão de pesquisa: quais os fatores de risco e as causas para o nascimento de recém-nascidos prematuros? A partir desse questionamento, definiu-se como objetivo identificar os fatores de risco e as causas da prematuridade em recém-nascidos.

2. Método

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa. Pesquisas com métodos quantitativos obtêm dados de resultados numéricos que são analisados, posteriormente, por meio de técnicas matemáticas de porcentagens, estatísticas e probabilidades. O enfoque matemático nos métodos quantitativos pode ser utilizado em qualquer área de conhecimento científico, inclusive na saúde, podendo realizar previsões sobre determinado fenômeno em estudo (Pereira, et al., 2018).

O estudo foi realizado em um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A instituição hospitalar não possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e em casos de necessidade, o RN é encaminhado para serviços de referência da região. A população do estudo foi composta por 58 RNs prematuros. Destaca-se que foram utilizados os prontuários de 58 RNs e de 56 mães, uma vez que um dos partos prematuros foi de gemelar.

Utilizou-se como critério de inclusão: RN prematuro com registro de nascimento no ano de 2014, pois a ênfase da pesquisa se direcionou em coletar os dados registrados no último ano da coleta dos dados. E como critérios de exclusão: RNs que foram a óbito e os que possuíam os prontuários incompletos. A busca pelos RNs prematuros foi realizada no livro de nascimentos do Centro Obstétrico da instituição.

A partir dessa identificação, os dados foram coletados mediante consulta aos prontuários clínicos dos RNs e de suas mães, abrangendo o período de maio a julho de 2015. Foi utilizado um instrumento criado para o presente estudo, elaborado pelas autoras, contendo variáveis relacionadas a idade materna, histórica obstétrica, fatores de risco genéticos e fisiológicos, fatores de risco relacionados ao estilo de vida, número de consultas de pré-natal, causas referentes ao aparelho genital, as alterações placentárias e as síndromes hipertensivas e o tipo de parto prematuro: espontâneo ou cesáreo.

Os dados foram digitados e organizados em uma planilha do *software Microsoft Excel 2013* e depois submetidos a análise estatística no *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 21. As variáveis qualitativas foram analisadas por meio das frequências absoluta (N) e relativa (%) e as quantitativas por meio das medidas de tendência central e de dispersão. Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O

estudo apresenta como Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 42519715.4.0000.5322 e com número de parecer de aprovação 1.026.813.

3. Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados foi organizada em quatro tabelas. Na tabela 1 consta a caracterização dos RNs quanto a classificação de prematuridade (leve, moderada e severa), tipo de parto (cesáreo e vaginal), sexo do RN (feminino e masculino), Índice de Apgar (1º e 5º minuto) e peso do RN ao nascer. Na tabela 2, diz respeito aos fatores de risco da prematuridade identificados no estudo em relação mulher/gestante, tais como: idade materna (ausência e presença de risco), história obstétrica (aborto prévio, parto prematuro prévio e gemelar), genéticos e fisiológicos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertensão + diabetes mellitus, cardiopatia, epilepsia e Hiv), estilo de vida (tabagismo, uso de drogas ilícitas e tabagismo + uso de drogas ilícitas).

Na tabela 3, os fatores de risco da prematuridade em relação ao número de consultas de pré-natal e na tabela 4, as causas da prematuridade identificadas no estudo: aparelho genital (amniorrexe, perdas vaginais/sangramentos, Infecção do Trato Urinário – ITU na gestação e leucorreia), alterações placentárias, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia), síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, síndrome de help + eclâmpsia e eclâmpsia), tipo de parto prematuro (espontâneo e eletivo).

Quanto à caracterização dos participantes (Tabela 1), dos 58 RNs incluídos na amostra desse estudo, 51 (87,9%) apresentaram classificação do tipo leve de prematuridade, seis (10,3%) moderado e um, (1,7%) severo sendo que desses, 31 (53,4%) foram masculino e 27 (46,6%) feminino. Um estudo de FERREIRA JUNIOR et al., (2018) mostrou que foi observada a predominância do sexo masculino (53,3%) entre os nascimentos prematuros. Outro estudo mostra que RAMOS (2020) também observou o predomínio do sexo masculino 51,3% de nascimentos prematuros, ambos corroboram com esta presente pesquisa.

Quanto ao tipo de parto, 38 (65,5%) nasceram de parto cesáreo e 20 (34,5%) de parto vaginal, o parto cesáreo predominou entre os nascimentos prematuros, este estudo está em consonância com a literatura RAMOS (2020) que apresentou 61,4% nascimentos por parto cesariana. Corroborando também com estudo de Machado (2016) (62,9%) das mães submetidas à cesariana apresentaram maior razão de prevalência a filhos com prematuridade tardia. Isto pode estar relacionado a erros na definição da idade gestacional e à ocorrência de cesariana a pedido, ou seja, aquelas marcadas com antecedência e por solicitação da mãe. Para Gonzaga, et al. (2016); Entringer, et al. (2018) gestações com complicações maternas e/ou perinatais podem ter indicação adequada desse tipo de parto. Contudo, dados da OMS (2018) sugerem que taxas populacionais de cesarianas superiores a 10,0% não contribuem para redução da mortalidade. Há evidência, ainda, de que a realização desnecessária de cesariana pode ter aumento da morbimortalidade materna e perinatal, aumento da prematuridade e baixo peso ao nascer, além de interferência negativa no aleitamento materno e no vínculo da díade mãe e bebê (Leal, et al., 2016).

Em se tratando de prematuridade, um dado científico importante para os profissionais de saúde durante o nascimento de um RNs é o Índice de Apgar, pois tanto no primeiro quanto no quinto minuto a avaliação clínica é imprescindível para detectar qualquer problema de saúde ou evitar possíveis intercorrências. Neste sentido para Muniz, et al. (2016), a avaliação do RN através da escala de APGAR é extremamente importante pois, pode alertar para os fatores de riscos associados a história materna, contribuindo para a prevenção dos óbitos neonatais.

Neste estudo, a maioria dos RNs apresentou o Índice ótimo nas duas avaliações, sendo evidenciado que no primeiro minuto dos 18 RNs (31,0%) que se encontraram em nível moderado, melhoraram seus sinais para ótimo no quinto minuto. Concomitante a importância desse último dado, encontra-se o peso do RN ao nascer, apresentando-se como baixo peso 25

(43,1%), muito baixo peso quatro (6,9%), extremo baixo peso um (1,7%). Em contrapartida, 28 (48,3) encontravam-se em peso normal, significando melhor recuperação clínica e sobrevivência diante dos sinais e sintomas na vida extrauterina.

A abordagem e avaliação clínica correta pelos profissionais de saúde ao nascimento do RNs prematuro contribui, significativamente, na condição de saúde deste. Portanto, a qualidade da assistência na maternidade até o monitoramento ambulatorial do crescimento e desenvolvimento do RN e sua família, pode melhorar seu prognóstico (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017). Evidencia-se que a taxa de nascimentos prematuros vem aumentando em nível mundial, incluindo o Brasil. Dessa forma, constituindo-se um desafio para a saúde pública pelos níveis elevados de morbimortalidade e complicações clínicas de saúde em longo prazo associadas à prematuridade (Leal, et al., 2016).

Tabela 1 – Caracterização dos recém-nascidos incluídos no estudo. Cruz Alta, RS, 2014.

Variáveis	Tipo	Frequência (n)	Frequência (n) Percentual (%)
Classificação de Prematuridade	Leve	51	87,7
	Moderado	6	10,3
	Severo	1	1,7
Total	-	58	100,0
Tipo de Parto	Cesário	38	65,5
	Vaginal	20	34,5
Total	-	58	100,0
Sexo do RN	Feminino	27	46,6
	Masculino	31	53,4
Total	-	58	100,0
Índice de Apgar 1º Minuto	Ótimo	34	56,6
	Leve	5	8,6
	Moderado	18	31,0
	Grave	1	1,7
Total	-	58	100,0
Índice de Apgar 5º Minuto	Ótimo	48	83,0
	Leve	3	5,0
	Moderado	6	10,0
	Grave	1	2,0
Total	-	57	100,0
Peso do RN ao Nascer	Baixo Peso	25	43,1
	Muito Baixo Peso	4	6,9
	Extremo Baixo Peso	1	1,7
	Peso Normal	28	48,3
Total	-	58	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Conforme a tabela 2, do total de 56 prontuários analisados das mães, 54 RN (96,4%) não desenvolveram o risco de prematuridade referente a **idade materna**, e duas (3,6%) apresentaram o presente fator de risco. A mulher com a idade menor que 15 anos é considerada adolescente, dificultando o desenvolvimento saudável de levar o parto até o final, pois a gestante precisa aceitar as diferentes modificações que irão ocorrer, sejam elas emocionais ou físicas. Pode-se induzir que essas gestantes possam estar despreparadas para serem mães, vivenciando ansiedade permeada frente ao período gravídico, visto que poderão enfrentar mudanças no contexto social e familiar. Assim, implicando até mesmo na sua formação escolar e de desenvolver certas patologias durante a gestação, dificultando posteriormente ao nascimento do filho, a disputa de uma vaga no

mercado de trabalho, após completarem 18 anos. Para Kawakita, Wilson, Grantz, Landy, Huang & Gomez-Lobo (2016) Realizaram um estudo com 43.537 mulheres com idade inferior a 25 anos nos Estados Unidos, e encontraram que quanto mais jovem a mulher, maior a chance de parto prematuro.

Há inúmeros fatores que podem levar uma gravidez ao risco. Classificações como risco demográfico, estatístico, social, pessoal ou de identificação inicial. A idade materna tem sido considerada condição de risco quando a gravidez não ocorre na faixa etária ideal para a gravidez, ou seja, nos extremos da vida reprodutiva, sejam essas gestações precoces ou tardias (Cabral; Santos & Cano, 2017). Ao se falar em faixa etária materna, é importante ressaltar os riscos da gravidez precoce, que tem sido evidenciada como grave problema de saúde pública.

A gravidez na adolescência ou quando as mulheres engravidam antes dos 19 anos, requer atenção especial para possíveis implicações nocivas à saúde materna e fetal. Os riscos para o concepto são: baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino, levando o desenvolvimento de alterações na evolução dessa gestação e podendo resultar em um parto prematuro. Em síntese é necessário um cuidado diferenciado devido as características anátomo-fisiológicas dos RNs prematuros quando comparadas aos RNs a termo. Pois, os nascidos pré-termo têm risco aumentado de agravos de saúde em consequência do incompleto desenvolvimento fetal e de sua maior suscetibilidade às infecções (Guimarães; Vieira; Nunes; Januário; Oliveira & Tibúrcio, 2017).

Nas mulheres com gestação tardia têm sido evidenciados maior número de abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para idade gestacional. As gestações de mulheres de idade materna avançada também são consideradas de alto risco em decorrência, principalmente, da incidência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas, presença de diabetes. Além disso, maior chance do Índice de Apgar no quinto minuto ser menor que sete, sendo possível destacar ocorrência de anomalias cromossômicas, macrossomias, baixo peso ao nascer e baixa vitalidade do neonato. Logo, pode-se dizer que um escore menor que 7 é um sinal de alerta para atenção maior (Silva; Cavalcante; Carneiro & Oliveira, 2020).

Quanto ao fator de risco referente a **história obstétrica**, mostrou-se que 14 (25%) das mulheres apresentaram risco para prematuridade, envolvendo mulheres que já tiveram aborto anterior, parto prematuro e gestação gemelar. Para análise dos resultados do estudo foi investigado de acordo com o número de gravidez (GESTA), de partos (PARA) e abortos (A) no livro de nascimentos do Centro Obstétrico da instituição. É provável que quanto maior for a história obstétrica da mulher sobre os fatores de risco ao parto prematuro, maior o risco dela estar exposta para que sua gestação seja de um RN pré-termo.

O maior risco que a gestação gemelar pode apresentar nascimento prematuro do RN. Entretanto, torna-se um desafio estabelecer qual mulher com uma gestação múltipla terá um parto prematuro. Pesquisa (Ahumada-Barrios; Alvarado, 2016) com análise de variáveis múltiplas, evidenciou a gravidez atual gemelar, o controle pré-natal inadequado, o controle pré-natal ausente e antecedente de parto prematuro como estatísticas significativas para partos prematuros.

Em relação aos fatores de risco **genéticos e fisiológicos**, 42 (75%) não apresentaram risco, enquanto que 14 (25%) apresentaram risco de prematuridade, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertensão + diabetes mellitus, cardiopatia, epilepsia e Hiv. Destaca-se que as doenças crônicas não transmissíveis hipertensão e diabetes mellitus foram as doenças que mais prevaleceram nas gestantes que desenvolveram ou tinham essas patologias no período gestacional.

As doenças crônicas representam um número significativo frente à população mundial, tendo como destaque a hipertensão arterial, que acomete um aumento do número de pessoas em todo mundo, possuindo elevadas taxas relacionadas a complicações cardiovasculares, coronarianas, encefálicas, renais e vasculares. Quando ocorre na gestação, apresenta sérias complicações maternas e fetais, desde uma piora no quadro hipertensivo, pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta, parto prematuro, até mesmo óbito fetal. Em síntese, as doenças hipertensivas gestacionais

são as complicações mais significativas na gestação e vale ressaltar que é diagnosticada na gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos de duas a quatro vezes mais que em mulheres de 30 a 34 anos (Alves; Feitosa; Mendes & Caminha, 2017).

Já a diabetes mellitus é uma doença que provoca alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas e eletrólitos. Caracteriza-se por deficiência na secreção e/ou ação da insulina, com consequente hiperglicemia. É um processo patológico, podendo refletir durante a gestação, resultando na saúde materna, fetal e perinatal (Silva; Silva; Bezerra; Sousa & Paz, 2017; Ribeiro; Santana; Coelho; Caldas & Medeiros, 2020).

Sobre o fator de risco relacionado ao **estilo de vida** da gestante, 11 (19,7%) apresentaram no estudo o tabagismo, uso de drogas ilícitas e tabagismo + uso de drogas ilícitas. Identificar esses hábitos de vida na gestação é de extrema importância, pois além do RN correr o risco de nascer prematuro ou com sérios problemas de saúde, pode desenvolver sequelas durante seu desenvolvimento intrauterino e até mesmo ser vítima de uma morte no período neonatal.

O uso de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas devem ser suspensos como a anticoncepção, porém muitas vezes isso não ocorre. Estudo realizado com 61 gestantes evidenciou que a maioria das que eram fumantes e ex-fumantes não conheciam os efeitos que o tabagismo ocasiona ao feto e ao recém-nascido, nem as doenças que essa prática pode causar (Bertani; Garcia; Tanni & Godoy, 2015). Diante disso, torna-se importante que os profissionais da área da saúde realizem orientação sobre os possíveis riscos, bem como o risco de exposição à radiação durante a gestação. Já o consumo de bebida alcoólica pela gestante pode provocar abortamento, restrição do crescimento fetal, retardo mental e malformações. O retardo mental é considerado a principal complicação que o álcool pode provocar no RN, podendo esta ser totalmente prevenida (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017).

Pesquisa (Vanin, et al., 2020) desenvolvida com puérperas com RNs prematuros ao analisar os casos e controles em conjunto referente às doenças maternas e aos hábitos de vida. Quanto às doenças, evidenciou-se que 7,5% das gestantes apresentaram infecção bacteriana no momento do parto, destacando-se a infecção do trato urinário com 91,3%. Outra infecção que se destacou foi a sífilis com 48,1%. No que diz respeito aos hábitos de vida, 14,2% das gestantes fizeram uso de algum tipo de droga lícitas ou ilícita durante a gestação, principalmente do tabagismo. Outras drogas também usadas pelas gestantes foram: o crack, a maconha e as bebidas alcoólicas.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental na vida das gestantes que fazem o uso de tabaco, álcool e outras drogas, pois muitas delas ficam desamparadas e desorientadas durante o período do pré-natal sobre os riscos que o consumo dessas substâncias pode provocar a elas e aos conceitos, prestando atendimento de qualidade e criando vínculo profissional-gestante para esclarecimento de dúvidas. Considera-se que os profissionais de saúde são a base da informação e sucesso da abordagem do assunto durante as consultas de pré-natal (Caires; Santos & Ribeiro, 2019).

Tabela 2 – Fatores de risco da prematuridade identificados no estudo em relação mulher/gestante. Cruz Alta, RS, 2014.

Variáveis	Tipo	Frequência (n)	Frequência (n) Percentual (%)
Idade Materna	Ausência de fator de risco	54	96,4
	Risco de prematuridade	2	3,6
Total	-	56	100,0
Fatores de Risco: História Obstétrica	Ausência do fator de risco	42	75,0
	Aborto prévio	6	10,7
	Parto prematuro prévio	6	10,7
	Gemelar	2	3,6
	-	56	100,0
Total	-	56	100,0
Fatores de Risco: Genéticos e Fisiológicos	Ausência do fator de risco	42	75,0
	Hipertensão arterial	7	12,5
	Diabetes mellitus e hipertensão	3	5,4
	Cardiopatias	1	1,8
	Diabetes mellitus	1	1,8
	Epilepsia	1	1,8
	-	56	100,0
Total	-	56	100,0
Fatores de Risco: Estilo de vida	Ausência do fator de risco	45	80,3
	Tabagista	7	12,5
	Tabagista/Obesa	2	3,6
	Usuária de drogas ilícitas	1	1,8
	Usuária de drogas ilícitas/Tabagista	1	1,8
Total	-	56	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O número mínimo de **consultas** estabelecido foi igual à zero, enquanto o número máximo realizado pelas gestantes foram 14, com média de 5,25 consultas. Dos 56 prontuários de mães analisadas, 33 (59,1%) realizaram de zero a seis consultas, o que é considerado um número relativamente baixo para a realização de um pré-natal adequado (Tabela 3). A falta de acompanhamento da gestante pelos profissionais de saúde faz com que a mulher fique mais exposta aos fatores de risco vinculados a prematuridade, principalmente no que diz respeito à carência de informações e orientações recebidas por esses profissionais. Além das consultas contribuírem para a ausência de parto prematuro também, ajudará e apoiará a gestante caso esta esteja vivenciando alguma dificuldade, seja ela pessoal, social e/ou familiar.

O calendário de consultas no pré-natal precisa ser iniciado precocemente, ou seja, ainda no primeiro trimestre da gestação e as consultas realizadas regularmente, garantindo assistência e planejamento adequados durante o período gravídico. Dessa maneira, os profissionais de saúde conseguirão avaliar com maior precisão e preencher adequadamente tanto o cartão da gestante quanto a ficha de pré-natal para auxiliar a equipe que irá assisti-la durante o processo do parto. Destaca-se que o número adequado de consultas deverá ser no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre os profissionais médico e enfermeiro. Quando possível, as consultas devem ser realizadas mensalmente até 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e da 36ª até a 41ª, a cada semana (Brasil, 2012).

A maioria dos partos prematuros poderiam ser evitados durante as consultas de pré-natal, sendo as gestantes assistidas com qualidade e observação rigorosa pelos profissionais de saúde. Tendo em vista a qualidade da assistência para identificar e

avaliar tanto a história reprodutiva e condições preexistentes quanto a história obstétrica, em se tratando de fatores de risco específicos tais como: filho prematuro anterior; com baixo peso; aborto ou óbito fetal (Melo; Oliveira & Mathias, 2015).

O parto prematuro pode ser precocemente identificado para prevenir possíveis complicações e/ou evitado desde que a gestante receba toda a assistência necessária para seu cuidado durante o período gravídico. É nesse contexto que se insere a importância do número de consultas no pré-natal para que intervenções corretas sejam realizadas quando necessário, pois a prática clínica do profissional de saúde poderá analisar as indicações e contraindicações de cada tipo de parto prematuro e saber qual desses será melhor à gestante (Oliveira; Brito & Costa Neto, 2019).

Tabela 3 – Fatores de risco da prematuridade em relação ao número de consultas de pré-natal. Cruz Alta, RS, 2014.

Variáveis	Tipo	Frequência (n)	Frequência (n) Percentual (%)
Número de consultas pré-natal	14	1	1,8
	11	2	3,6
	9	4	7,1
	8	2	3,6
	7	14	25,0
	6	5	8,9
	5	6	10,7
	4	4	7,1
	3	4	7,1
	2	9	16,1
	1	2	3,6
	0	3	5,4
	14	1	1,8
	11	2	3,6
	9	4	7,1
	8	2	3,6
	7	14	25,0
6	5	8,9	
5	6	10,7	
4	4	7,1	
3	4	7,1	
2	9	16,1	
Total	-	56	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação as causas identificadas neste estudo (Tabela 4), os resultados apontam que 34 mulheres (60,8%) apresentaram causas do **aparelho genital feminino**. Ressalta-se que este número foi representado pelas seguintes causas: amniorrexe, por perdas vaginais/sangramentos, ITU e por leucorreia. A amniorrexe ou a ruptura prematura de membranas, acontece em torno de 8% das gestações e caracteriza-se pela perda de líquido amniótico antes de iniciar o trabalho de parto, independente da idade gestacional. Quando o início se dá antes da 37ª semana gestacional, pode-se definir como ruptura prematura de membrana pré-termo (Silva; Mattos; Macedo & Araújo, 2014). Estudo evidenciou que a ruptura prematura de membranas quando associada ao tabagismo, pode aumentar a causalidade da mulher realizar um parto prematuro. Assim como, as ITU, abortos anteriores, hábitos tóxicos e doenças maternas (Aguilera; Montoya; Delfin; Dajaruch & Fonseca, 2019).

Nas ITUs, o crescimento bacteriano no sistema urinário gera preocupações devido aos danos que podem ocorrer em diferentes graus a gestante e ao feto. Além disso, o tratamento medicamentoso torna-se mais complicado para essa mulher em período gravídico devido a toxicidade que pode apresentar ao feto. A presença de bactérias no trato urinário pode estar

correlacionada ao desenvolvimento de algumas complicações envolvendo partos prematuros, membranas com rupturas antes do período normal gravídico e, como sepses precoces neonatais (Pigosso; Silva & Peder, 2016).

Quanto às causas por **alterações placentárias**, cinco (8,9%) apresentaram descolamento prematuro de placenta e placenta prévia. O deslocamento prematuro de placenta caracteriza-se como a separação prematura da placenta implantada no corpo do útero, podendo causar em situações graves óbito fetal pela baixa oxigenação oferecida ao mesmo e a falta de nutrientes (NUNES et al, 2016). A placenta prévia ocorre quando há uma fixação da placenta na parte inferior do útero. Tornou-se mais recorrente entre as gestantes e suas causas estão relacionadas a uma vascularização deficiente ou anormal uterina e invasão trofoblástica excessiva (Gasparetto & Fernandes, 2015).

Cinco (8,9%) das gestantes foram diagnosticadas com **síndromes hipertensivas** durante o ciclo gravídico. No Brasil as síndromes hipertensivas gestacionais são uma das maiores complicações durante a gravidez, afetam cerca de 10% ou mais das mulheres em período gestacional, causando graves consequências aos fetos e a mortalidade materno-infantil (PEREIRA et al 2018). No presente estudo destacou-se a pré-eclâmpsia e eclampsia. A pré-eclâmpsia apresenta manifestações por volta da 20ª semana de gestação, com mortalidade rara (Martins-Costa; Ramos; Vettorazzi & Barros, 2017). Já a eclampsia por apresentar maiores disfunções e afetar outros sistemas como o neurológico e ter como consequência convulsões, apresenta dados de mortalidade mais elevados (Martins-Costa; Ramos; Vettorazzi & Barros, 2017).

No tipo de parto, 49 (87,5%) realizaram **partos espontâneos** e sete (12,5%), **partos eletivos**. Assim, estabelecendo a minoria os partos eletivos correspondendo aqueles que por sua vez, não houve a possibilidade em realizar transferência da gestante para um serviço especializado devido a demanda, fazendo com que o parto ocorresse na própria instituição. Este estudo está de acordo com a OMS (2018) que diz que a maioria dos partos prematuros ocorre espontaneamente, mas alguns se devem à indução precoce do trabalho de parto ou parto cesáreo, seja por razões médicas ou não médicas.

Pesquisa aponta a existência da associação de partos prematuros espontâneos com grupos de mulheres que vivem em condições sociais desfavoráveis. Ressalta-se que a redução das desigualdades sociais e de condições precárias de saúde necessita ser prioridade nacional contínua (Leal, et al., 2016). O parto eletivo corresponde a uma elevada proporção de RN prematuros, chegando a 15%. Comprova-se que, mulheres com pré-natal inadequado ou com inferior a cinco consultas durante o período gestacional apresenta 18% para realização de parto prematuro (Oliveira, et al., 2016).

Nesse contexto, afirma-se a necessidade de investimentos em políticas públicas que favoreçam mulheres durante seu período gestacional, diminuindo a incidência de partos prematuros também previnem complicações gestacionais relacionadas e garantindo uma qualidade de vida materno-fetal (Pereira, et al., 2018).

Tabela 4 – Causas da prematuridade identificadas no estudo. Cruz Alta, RS, 2014.

Variáveis	Tipo	Frequência (n)	Frequência (n) Percentual (%)
Causas: Aparelho Genital Feminino	Ausência de causas	22	39,3
	Amniorrexe	20	35,7
	Perdas vaginais/sangramentos	10	17,9
	UIT na gestação	3	5,4
	Leucorreia	1	1,8
	Total	-	56
Causas: Alterações Placentárias	Ausência de causas	51	91,1
	Descolamento prematuro da placenta	4	7,1
	Placenta prévia	1	1,8
	Total	-	56
Causas: Síndromes Hipertensivas	Ausência de causas	51	91,1
	Pré-eclâmpsia	3	5,4
	Síndrome de Help/Eclâmpsia	1	1,8
	Eclâmpsia	1	1,8
	Total	-	56
Tipo de parto prematuro	Espontâneo	49	87,5
	Eletivo	7	12,5
Total	-	56	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O parto prematuro representa um dos maiores desafios da atualidade para os profissionais de saúde. Apenas o conhecimento de seus fatores de risco e causas não reduz totalmente a sua incidência, sendo que a etiologia do parto prematuro pode ser multifatorial, assim como demonstrou o estudo. É necessário preocupar-se também com os recém-nascidos prematuros e suas condições perinatais, bem como os agravos no desenvolvimento e crescimento infantil. Neste sentido o estudo de Rosa, et al. (2020) conclui ser necessário mudanças nas práticas obstétricas para orientar o desenvolvimento de medidas efetivas para melhorar a qualidade de vida de prematuros moderados e tardios, promover promoção a saúde e prevenção do desenvolvimento dos agravos agudos de saúde.

4. Conclusão

Neste estudo identificou-se a existência de 16 diferentes tipos de fatores de risco nas gestantes que tiveram parto prematuro, sendo eles: Idade materna, Aborto prévio, parto prematuro prévio, gemelar, hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipertensão, cardiopatia, epilepsia, HIV, tabagista, usuária de drogas ilícitas, usuária de drogas ilícitas/tabagista, tabagista/obesa, asmática e número de consultas de pré-natal. Evidencia-se a importância do conhecimento das gestantes frente a esses fatores de risco durante e até mesmo antes de sua gestação, para que essas adquiram o conhecimento quanto à exposição e os riscos que podem desenvolver para um parto prematuro.

Frente aos resultados do estudo pode-se investigar a existência de nove diferentes causas relacionadas ao parto prematuro. As causas encontradas foram: aminiorrexe, perdas vaginais/sangramentos, infecção do trato urinário, leucorreia, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, pré-eclâmpsia, síndrome de help e eclâmpsia.

A investigação quanto à classificação dos tipos de parto prematuro eletivo e espontâneo, destacou-se que a instituição da coleta de dados deu-se maior ao índice de partos espontâneos, visto que a instituição não é referência de alta complexidade para gestações de alto risco, os casos de gestações desse tipo são transferidos para um serviço que atende esta demanda. E quanto ao parto prematuro eletivo conclui-se através da investigação realizada que estes ocorreram na própria instituição por esta não ter conseguido transferência das gestantes para um serviço especializado, e pelo quadro clínico em que a gestante se apresentava.

Diante do exposto, torna-se imprescindível o conhecimento dos profissionais de saúde com ênfase o enfermeiro, saber identificar os fatores de risco e as causas que propiciam a gestante a ter um parto prematuro durante o seu acompanhamento no pré-natal por meio da realização das consultas no período gravídico das mulheres, fazendo com que os resultados encontrados nesta pesquisa tornem-se relevante na formação profissional, bem como a implementação de políticas de prevenção e acompanhamentos mais efetivos e para o desenvolvimento técnico-científico do enfermeiro.

Enfatiza-se que a problemática requer atenção por parte dos gestores, profissionais e pesquisadores atuantes na área para que novos estudos sejam desenvolvidos a cerca da prematuridade, em relação aos fatores de riscos e as causas e, realçando definições dos tipos de partos prematuros, sendo estes estudos significativos para ampliar o conhecimento teórico-prático e ampliar esclarecimentos sobre esse tema.

Assim, fazem-se necessárias novas pesquisas na área da enfermagem também no âmbito da saúde coletiva, que contemplem o manejo da prematuridade e suporte para as famílias após a alta hospitalar e retorno ao domicílio, estas colaboram para que a assistência prestada seja eficiente e proporcione um acompanhamento durante o desenvolvimento das crianças prematuras, identificando e solucionando possíveis complicações, além de oferecer suporte psicossocial aos familiares, sendo que o enfermeiro é o principal vínculo para fornecer esse cuidado, para isso é importante aprofundar os conhecimentos dos profissionais nessa vertente e desse modo aumentar a qualidade da assistência prestada na atenção primária.

Referências

- Aguilera, A. M., Montoya, R. F., Delfin, D. P., Dajaruch, M. P. & Fonseca, Y. D. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed. Revista Médica Granma Multimed*, 23(5), 1115-1173. <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-1155.pdf>
- Ahumada-Barrios, M. E. & Alvarado, G. F. (2016). Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, (24), 2750-2755. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>.
- Alves, N. C. C., Feitosa, K. M. A., Mendes, M. E. S. & Caminha, M. F. C. (2017). Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 38(4), 2017-0042. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>.
- Bertani, A. L., Garcia, T., Tanni, S. E. & Godoy, I. (2015). Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. *Revista Jornal Brasileiro Pneumologia*, 41(2), 175-181. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004482>.
- Brasil. (2012). Gestação de alto risco: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco_mauual_tecnico_4ed.pdf.
- Brasil. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
- Brasil. (2019). DataSus. Relação de nascimentos de recém-nascidos pré-termo e baixo peso no ano de 2019. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
- Cabral, R. A., Santos, B. M. O. & Cano, M. A. T. (2017). A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos. *Revista Cínergis*, 18(4), 279-284. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9830>.
- Caires, T. L. G., Santos, R. S. & Ribeiro, L. C. C. (2019). Prevenção do consumo de bebida alcoólica durante a gestação: atuação de enfermeiras no pré-natal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, (9), 2938-2944. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2938>.
- Entringer, A. P., Pinto, M., Dias, M. A. B. & Gomes, M. A. D. S. M. (2018). Cost-effectiveness analysis of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean for normal risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. *Cadernos de saúde pública*, 34(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022517>.

- Ferreira Junior, A. R., Albuquerque, R. A. S., Aragão, S. R. & Rodrigues, M. E. N. G. (2018). Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 7(1), 6-12. <http://10.17267/2317-3378rec.v7i1.1159>.
- Gasparetto, C. A. & Fernandes, I. A. (2015). Assistência de enfermagem à gestante com placenta prévia. *Revista Gestão & Saúde*, (12), 27-33. <https://www.herrero.com.br/files/revista/file6e73ee810105381f2a3305729e841c3e.pdf>.
- Guimarães, E. A. A., Vieira, C. S., Nunes, F. D. D., Januário, G. C., Oliveira, V. C. & Tibúrcio, J. D. (2017). Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Revista Epidemiológica Serv Saúde*, 26(1), 91-98. <http://10.5123/S1679-49742017000100010>.
- Gonzaga, I. C. A., Santos, L. D., Silva, A. R.V. & Campelo, V. (2016). Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1965-1974. <http://10.1590/1413-81232015216.06162015>.
- Hockenberry, M. J. Wilson, D. (2014). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Editado por Marilyn J. Hockenberry; coedição [David Wilson]; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 9 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C. C. & Go/mez-Lobo, V. (2016). Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(2), 130-136. <http://10.1016/j.jpag.2015.08.006>.
- Lamont, R. F. (2015). Advances in the Prevention of Infection-Related Preterm Birth. *Frontiers in immunology*, (6), 566-568. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2015.00566>.
- Leal, M. D., Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., Theme-Filha, M., Domingues, R. M., Dias, M. A., Moreira, M. E. & Gama, S. G. (2016). Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive health*, 13(3), 127. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>.
- Liong, S., Di Quinzio, M. K., Fleming, G., Permezel, M., Rice, G. E., & Georgiou, H. M. (2015). New biomarkers for the prediction of spontaneous preterm labour in symptomatic pregnant women: a comparison with fetal fibronectin. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(3), 370-379. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12993>.
- Machado, A. K. F., Marmitt, L. P. & Cesar, J. A. (2016). Late preterm birth in the far south of Brazil: a population based study. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(2), 113-120. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200003>.
- Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Valério, E. G., Vettorazzi, J. (2017). Eclâmpsia, síndrome HELLP e fígado gorduroso agudo na gestação. *Revista Artmed*, (35), 607-628. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883053/34-figado-gorduroso-e-hellp.pdf>.
- Melo, E. C., Oliveira, R. R. & Mathias, T. A. F. (2015). Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Revista Escola de Enfermagem*, 49(4), 540-549. <http://10.1590/S0080-623420150000400002>.
- Muniz, E. B., Vasconcelos, B. B., Pereira, N. A., Frota, R. G., Moraes, C. E. B., & Oliveira, M. A. S. (2016). Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2), 184-191. <https://portalrevistas.uec.br/index.php/rmsbr/article/view/6677/4563>.
- Oliveira, C. A., Lins, C. P., De Sá, R. A. M., Netto, H. C., Bornia, R. G., Silva, N. R. & Junior, J. A. (2006). Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Revista Brasileira de Saude Materna Infantil*, 6(1), 93-98. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000100011>.
- Oliveira, L. L., Gonçalves, A. C., Costa, J. S. D. & Bonilha, A. L. L. (2016). Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 50(3), 382-389. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>.
- Oliveira, R. S., Brito, M. L. S. & Costa Neto, D. B. (2019). Uma análise integral do trabalho de parto prematuro. *Revista de Patologia do Tocantins*, 6(1), 54-57. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n1p54>.
- Organização Mundial da Saúde (2018). Nascimento prematuro. Genebra. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Pereira, A. S., et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Pereira, S. S. M., Oliveira, M. N. J., Koller, J. M. R. C., Miranda, F. C. A., Ribeiro, I. P. & Oliveira, A. D. S. (2018). Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública. *Revista Fundamental Care Online*, 10(3), 758-763. <http://10.9789/2175-5361.2018.v10i3.758-76>.
- Pigosso, Y. G., Silva, C. M. & Peder, L. D. (2016). Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. *Revista Acta Biomedica Brasiliensis*, 7(1), 64-73. <https://doi.org/10.18571/acbm.099>.
- Potter, P. A., Perry, A. G. (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8(6). Elsevier.
- Rades, E., Bittar, R. E. & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica*, 26(8), 655-662. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/LN8zTymwq3jxRQTFJCQFyK/?lang=pt&format=pdf>.
- Ramos, H. A. C. & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. *Revista de enfermagem Escola Anna Nery*, 13(2), 297-304. <https://www.scielo.br/j/ean/a/rYLMlFg393yYQmYLzrZ9PL/?format=pdf&lang=pt>.
- Ribeiro, D. R., Santana, N. L. S., Coelho, F. P., Caldas, J. B. & Medeiros, J. M. (2020). Emergências obstétricas: assistência se enfermagem a uma paciente portadora de diabetes mellitus. *Revista Artigos.Com*, 14, 2528-2528. <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/2528/1211>.
- Roos, C., Schuit, E., Scheepers, H. C., Bloemenkamp, K. W., Bolte, A. C. & Duvekot, H. J. (2015). Predictive Factors for Delivery within 7 Days after Successful 48-Hour Treatment of Threatened Preterm Labor. *AJP Rep*. <http://10.1055/s-0035-1552930>.

Rosa, N. P., Oliveira, D. C., Jantsch, L. B. & Neves, E. T. (2020). Moderate and late previous pregnant baby health accidents in the neonatal period. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4156>.

Silva, L. S. R., Cavalcante, A. N., Carneiro, J. K. R. & Oliveira, M. A. S. (2020). Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. *Revista Científica da FMC*, 15(1), 25-30. <http://10.29184/1980-7813.rcfmc>.

Silva, S. M. M., Mattos, L. C. G., Macedo, L. F. & Araújo, T. S. (2014). Morbidade e mortalidade perinatal em gestações que cursaram com amniorrexe prematura em maternidade pública do Norte do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 36(10):442-8. <http://10.1590/SO100-720320140004941>.

Silva, B. C. N., Silva, L. A. C., Bezerra, F. M. C., Sousa, J. R. & Paz, F. A. N. (2017). Assistência de enfermagem a gestante com diabetes mellitus gestacional. *Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos*, 2(2), 33-40. <http://ojs.saomarcos.org.br/index.php/cientifica/article/view/157>.

Sociedade de Pediatria de São Paulo (2017). Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. São Paulo. Retrieved from <https://www.spsp.org.br/downloads/AlcoolSAF2.pdf>.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). (2017). Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Rio de Janeiro. Recuperado de https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399b-DocCient_-_Prevencao_da_prematuridade.pdf.

Vanin, L. K., Zatti, H., Soncini, T., Nunes, R. D. & Siqueira, L. B. S., (2020). Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. *Revista Paulista de Pediatria*. (38), 100-110. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>.